

Poste Vita S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 561.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000 REA 934547 • Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006 • Società con socio unico, Capogruppo del Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A.



Rapporto di visita medica

Cognome e nome dell'Assicurando/a

Documento di riconoscimentoN. del Documento

Data di nascitaProfessione

Dichiarazione dell'Assicurando/a sottoscritta dal medesimo

- **Dichiara di non essere esposto a rischi particolari nell'esercizio della propria professione** contatto con sostanze nocive, gas, acidi, alta tensione, radiazione, utilizzo di attrezzature pericolose o macchinari (quali gru, alberi da carico, trivelle, perforatrici), lavoro su piattaforme, ponteggi, impalcature, tetti, lavoro nell'industria mineraria, lavori subacquei, utilizzo di esplosivi, lavoro su aerei non di linea;
- **Dichiara di non praticare sport pericolosi:** alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, sport aerei (quali paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante) sport motoristici, motonautica, motoslitta, aviazione privata, sport estremi (quali base jumping, rafting, torrentismo).

Firma dell'Assicurando/a

.....

Parte I: dichiarazioni dell'Assicurando raccolte dal medico

1. Ai suoi genitori, fratelli, sorelle sono state riscontrate malattie tra quelle indicate? NO SI

	PADRE	MADRE	FRATELLI	SORELLE
<input type="checkbox"/> dismetaboliche (diabete, gotta, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nervose e mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tumori maligni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altre malattie ereditarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Precisazioni (specificare oltre al grado di parentela, la malattie e l'età al momento della diagnosi)

.....

2. Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici? NO SI

Motivo, quando ed esito

- elettrocardiogramma
- radiografie
- elettroencefalogramma
- esami del sangue
- analisi delle urine
- altri

3. È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale? NO SI

Per quali cause

Dove

Per quanto tempo

4. Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica? NO SI

Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando

.....

.....

5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO SI

Motivo, quando ed esito

- della vista
- dell'udito
- degli arti
- altri

6. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI

Motivo, quali, quando e postumi

- del cranio
- degli organi di senso
- degli arti
- di altre sedi

7. Fa uso o ha fatto uso di:

- a) alcolici NO SI
- b) tabacco NO SI

Quanto e da quando

.....

.....

8. Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)? NO SI

Quali

Quando

Per quanto tempo

9. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

- per infortuni sul lavoro
- per malattie professionali
- per infortuni da attività sportive
- altre

10. È stato riformato alla visita di leva? NO SI

Motivo

.....

11. Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- asma
- bronchite
- enfisema
- pleurite
- tubercolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato cardiocircolatorio? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- infarto
- angina
- ipertensione
- valvulopatie
- arteropatie
- varici degli arti inferiori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato digerente? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- gastroduodenite
- ulcera gastroduodenale
- colite ulcerosa
- epatite
- cirrosi epatica
- calcolosi biliare
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato genitourinario? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- nefrite
- calcolosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato muscoloscheletrico? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- artrite
- artrosi
- tumori
- altre malattie o disturbi

- del sistema nervoso o della psiche? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- epilessia
- nevrosi
- paralisi
- tumori
- malattia di Parkinson
- malattia di Alzheimer
- altre malattie o disturbi

- dell'apparato endocrino-metabolico? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- diabete
- dislipidemie
- malattie della tiroide
- malattie surrenali
- altre malattie o disturbi

- del sangue? NO SI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

- anemia
- leucemia
- emofilia
- altre malattie o disturbi

12. Per Assicurandi di sesso femminile:

- a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? NO SI
- b) ha malattie della mammella? NO SI
- c) è incinta? NO SI

Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi

(mese di gravidanza e andamento)

13. Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?

generalità

indirizzo

14. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? NO SI

Motivo, quando, quali, trattamento e postumi

15. È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati? NO SI

Motivo e quando

16. Eventuali comunicazioni, in particolare se è previsto un ricovero ospedaliero? NO SI

Motivo e quando

17. Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci? NO SI

Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia

.....

18. Si è sottoposto ad un test anti-HIV? NO SI

Quando ed esito

.....

19. È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? NO SI

Quali, quando, motivo e postumi.....

.....

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

.....

Parte II: esame obiettivo

Aspetto – costituzione fisica

altezza: cm peso: Kg precisazioni

.....

Il rapporto altezza/peso è normale? SI NO

se no, perché?

Pressione arteriosa

sistolica diastolica frequenza cardiaca.....

Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita.

Risultato

1. Cute e mucose visibili SI NO

2. (per le donne) ghiandole mammarie

È normale? SI NO

Se no, perché?

.....

3. Masse muscolari

È normale? SI NO

Se no, perché?

4. Sistema linfonodale superficiale

È normale? SI NO

Se no, perché?

5. Stato della tiroide

È normale? SI NO

Se no, perché?

6. Apparato muscoloscheletrico È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

7. Apparato respiratorio

- | | | | |
|---|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie aeree superiori | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> voce | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

8. Apparato cardiovascolare

- | | | | |
|--|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ispezione, palpazione, percussione | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> auscultazione | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> arterie (in particolare polsi periferici) | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vene (varici, emorroidi, ecc.) | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

9. Bocca e apparato digerente

- | | | | |
|--|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> bocca | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> addome (ispezione e palpazione) | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> fegato | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> milza | È normale? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

10. Apparato genitourinario È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

11. Sistema nervoso e organi di senso

- condizioni psichiche È normale? SI NO
- motilità È normale? SI NO
- sensibilità e riflessi È normale? SI NO
- udito È normale? SI NO
- vista È normale? SI NO
- olfatto È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

12. Analisi del sangue

- emocromo completo È normale? SI NO
- colesterolo totale È normale? SI NO
- HDL e LDL È normale? SI NO
- trigliceridi È normale? SI NO
- glicemia È normale? SI NO
- Hbs Ag È normale? SI NO
- HCV È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

13. Analisi delle urine È normale? SI NO

Se no, perché?

Conclusione diagnostica

Conclusioni

Diagnosi.....

Giudizio prognostico

Buono Mediocre Sfavorevole

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?

SI NO

Quali e motivi.....

Eventuali osservazioni ed informazioni complementari.....

Indirizzo dello studio medico:
 Comune
 Data e ora in cui è stata eseguita la visita

Firma e timbro del medico:

Prosciolo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Firma dell'Assicurando/a

.....

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione della documentazione sanitaria:

- (a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art. 1892 - 1893 Cod.Civ.);
- (b) prima della sottoscrizione della documentazione sanitaria, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa riportate;
- (c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, a proprie spese, per certificare l'effettivo stato di salute.

Firma dell'Assicurando/a

.....

L'Assicurando dichiara di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo Mod. 0354 Ed. 03 Maggio 2010 contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione ed il Glossario relativo al Contratto di Assicurazione sulla Vita temporanea caso morte.

Letta l'Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 riportata nelle Condizioni di Assicurazione e consapevole che i suoi dati personali saranno trattati, oltre che da Poste Vita S.p.A., anche da Poste Italiane S.p.A. e da Swiss Re in qualità di autonomi titolari del trattamento, il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali per la fornitura del prodotto assicurativo sulla vita temporanea caso morte.

In particolare il sottoscritto dà il consenso a Poste Vita S.p.A., Poste Italiane S.p.A. ed a Swiss Re per il trattamento dei suoi dati sensibili al fine di valutare l'opportunità di procedere o meno alla stipula del Contratto di Assicurazione.

Firma dell'Assicurando/a

.....

Il presente rapporto di visita medica dovrà essere inviato a Poste Vita S.p.A. insieme agli esami medici richiesti utilizzando la busta preindirizzata fornita con la presente documentazione.